Ein Fall von Magencarcinom mit sekundärem Lebercarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Georg Krotoschiner,
approb. Arzt.

München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C Wolf & Sohn.

Ein Fall von Magencarcinom mit sekundärem Lebercarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Georg Krotoschiner,
approb. Arzt.

ACAD.
LUDD.BAT.
BIBL.

München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. Ritter von Bauer.

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552325_0209

Unter den verschiedenen Krebserkrankungen gehört der Magenkrebs zu den prognostisch ungünstigeren. So ist es z. B. beim Gebärmutterkrebs selbst bei grösserer Ausdehnung desselben durch einen operativen Eingriff noch möglich, das Leben der Patientin auf Jahre hinaus zu verlängern, ohne dass dieselbe irgend welche Beschwerden von ihrem Leiden hat; ja es gelingt unter Umständen sogar eine vollkommene Heilung, wenn die Therapie rechtzeitig einsetzt. Beim Magenkrebs dagegen ist der Patient, sobald die Krankheit einen grösserem Umfang angenommen hat, rettungslos verloren.

Trotz aller Fortschritte der modernen Chirurgie steht der Arzt einem Magencarcinom mit bedeutenderen Metastasen so gut wie machtlos gegenüber.

Die Prognose des Magencarcinoms wird besonders dadurch schlechter als die der meisten übrigen Krebserkrankungen, dass dasselbe sehr oft in der ersten Zeit der Erkrankung gar keine Beschwerden macht, so dass der Patient erst zu einer Zeit ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, zu der es zu spät ist. Man findet sogar in der Litteratur Fälle beschrieben, in denen ein ausgedehntes Magencarcinom während des Lebens überhaupt keine Erscheinungen gemacht hat und sich erst bei der Autopsie als überraschender Befund darbot.

So veröffentlicht Fischer (Wiener med. Wochenschrift 1895 No. 35) zwei Fälle von latent verlaufenem Magencarcinom.

Die beiden Kranken boten keinerlei Erscheinungen dar, die irgendwie auf ein Magenleiden hinwiesen. Bei dem einen

Kranken wurde der Krebs ganz überraschend bei der Sektion gefunden, bei dem andern Kranken war er schon bei Lebzeiten deutlich zu fühlen, ohne aber irgend welche Symptome zu machen.

Ebenso beschreibt Hotaling (Jahrbücher der ges. Medizin 1898 II. p. 199) einen Fall von einem 70jährigen Neger, der sich nie krank gefühlt hatte und plötzlich starb. Bei der Autopsie fand sich ein Adeno-Carcinom des Magens an der kleinen Curvatur.

Auch in früheren Jahren sind ähnliche Fälle beobachtet worden.

Raymond (Progrès med, 1882 No. 52) berichtet einen interessanten Fall, in dem die Diagnose auf Amyloidose gestellt worden war, gastrische Erscheinungen waren nicht vorhanden; bei der Sektion fand sich ein ausgedehntes Magencarcinom.

In anderen Fällen trat das Carcinom nicht an dem Orte seiner Entstehung in Erscheinung, sondern erst die Metastasen in andere Organe machten Symptome und führten so die Diagnose irre.

So veröffentlicht Algermissen (Inaug.-Dissert. Göttingen 1891) folgenden Fall: 25jährige Frau, bei welcher während des Lebens nach den vorhandenen Erscheinungen die Diagnose auf Peritonitis im Anschluss an Puerperium gestellt war. Nach dem Tode ergab sich, dass ein primärer Magenkrebs vorlag, der Metastasen an der Flexura hepatica und lienalis coli verursacht hatte. Durch letztere entstand ringförmige Verengerung der Darmlichtung und Erweiterung der aufwärts gelegenen Teile, ein Reiz, der zu diphtherischen Geschwüren führte, von denen eins durchbrach und die tödliche Bauchfellentzündung bedingte.

Häufiger als die eben erwähnten Metastasen in den Darm sind die Metastasen, die der Magenkrebs in der Leber

verursacht, ja man kann sie wohl als die am häufigsten vorkommenden bezeichnen.

So fand Schrader (Inaug.-Dissert. Göttingen 1886) unter 50 Leichen mit Magencarcinom 25 mit Lebermetastasen.

Auch in derartigen Fällen kommt es vor, dass der Kranke erst durch sein Leberleiden auf die Krankheit aufmerksam wird, und dass auch der Arzt nur im stande ist, ein Lebercarcinom zu diagnostizieren, während der ursprüngliche Sitz der Erkrankung, der Magen, sich seiner Beobachtung entzieht.

Ein solcher Fall ist der von Lenthe in seiner Inaug.-Dissert. München 1890 beschriebene:

Bei dem Patienten zeigten sich niemals gastrische Symptome, dagegen sprachen die auftretenden Erscheinungen: Lebervergrösserung, derbe Beschaffenheit des unebenen und tief gekerbten Leberrandes, glatte, runde Tumoren von wechselnder Grösse auf der vorspringenden Fläche, kachektischer Ausdruck des Patienten, starke Abmagerung, Knöchelödem, Anämie, Ascites, unbedingt für Lebercarcinom.

Bei der Sektion fand sich ein Carcinom der Pars cardiaca des Magens mit ulcerösem Zerfall eines grossen Teiles der Magenschleimhaut, metastatisches Carcinom der Leber, der mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen.

In dieser Arbeit findet sich eine chronologische Zusammenstellung ähnlicher Befunde; es sind dort zusammengestellt vier Fälle von Magencarcinom, bei denen die Diagnose während des Lebens andere Krankheiten annahm, ferner vier Fälle, in denen die Diagnose auf Lebercarcinom lautete, und schliesslich fünf Fälle, wo trotz ausgedehnter Ulcerationen ein Magencarcinom so geringe spezifische Erscheinungen machte, dass es im Leben unbekannt blieb.

Der in der Arbeit von Lenthe beschriebene Fall hat grosse Ähnlichkeit mit dem vorliegenden.

Wenn wir im vorliegenden Falle auch keine völlige Symptomlosigkeit des Magencarinoms haben, so sind seine Erscheinungen doch so gering, dass sie in keiner Weise dem anatomischen Befund bei der Sektion entsprechen, während im Vordergrunde die Erscheinungen des Lebercarcinoms stehen.

So sei es mir gestattet, nachstehenden Fall, der auf der ersten medizinischen Abteilung des hiesigen Krankenhauses l. d. I. beobachtet wurde, zur allgemeinen Kenntnis zu bringen.

Krankengeschichte.

Anamnese: Schmidt Heinrich, 55 Jahre alt, Schneider. Patient gibt bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus am 23. XI. 1901 an, er fühle sich seit Pfingsten a. c. unwohl, seit acht Wochen stehe er in ärztlicher Behandlung, weil seit dieser Zeit Magenschmerzen aufgetreten seien, die besonders nach dem Essen an Stärke zunähmen. Auch bei nüchternem Magen will Patient drückende Schmerzen in der Magengrube empfinden; die Schmerzen hätten besonders in letzter Zeit an Intensität zugenommen. Während dieser acht Wochen will er öfters schwarz gefärbte Stühle gehabt haben und öfter einige Stunden vor deren Auftreten Schwindel gefühlt und vermehrte Mattigkeit verspürt haben. Blut hat Patient nie erbrochen, wie überhaupt Erbrechen niemals aufgetreten ist, sondern nur Brechreiz war zeitweise vorhanden. Von Krankheiten hat Patient als Kind Masern und Schafblattern durchgemacht: magenleidend ist er nie gewesen. In letzter Zeit hatte Patient häufiger Hämorrhoidalknoten, doch niemals Blutung. Nachträglich gibt Patient noch an, dass seit acht Wochen die Aufnahme fester Speisen mehr Beschwerden, besonders Schluckbeschwerden mache, während flüssige Speisen die Schluckbeschwerden vermissen liessen, und dass er seit dieser Zeit stark abgemagert sei.

Der Vater des Patienten starb an Lungenkrankheit und Alkoholmissbrauch, Mutter ebenfalls an Lungenleiden. Vier Geschwister leben und sind gesund, ein Bruder starb mit 42 Jahren an den Folgen eines Unglücksfalles, fünf andere Geschwister in den ersten Lebensjahren. Die Frau des Patienten starb an Gelenkrheumatismus.

Potatorium: An Werktagen 1 l, Sonntags 2–3 l Bier. Infektion: Vor 30 Jahren Gonorrhoe.

Objektiver Befund: Mittelgrosser Mann von stark reduziertem Ernährungszustand, äussere Haut und sichtbare Schleimhäute blass, anämisch, Fettpolster fast völlig geschwunden, Muskulatur sehr schlaff und atrophisch.

Respirationsapparat: Thorax ziemlich lang und schmal, Intercostalräume weit von einander abstehend, Supra- und Infraclaviculargruben ziemlich stark eingesunken. Beide Thoraxhälften werden beim Atmen gleichmässig ausgedehnt. Lungengrenze hinten in der Höhe des elften Brustwirbels gut verschieblich, Schall über den hinteren Partien sonor, nur über der linken Spitze gering verkürzt, ebenso vorn über der linken Spitze. Das Atmungsgeräusch ist durchweg etwas verschärft und vesiculär, über der linken Spitze Exspirium etwas verlängert. Lungengrenze rechts vorn: Oberer Rand der fünften Rippe, verschieblich, Schall durchweg sonor, Atmungsgeräusch vesiculär.

Cirkulationsapparat: Die Herzfigur reicht rechts bis zur Mitte des Sternum, links keine Verbreiterung, obere Grenze vierte Rippe, Spitzenstoss im fünften Intercostalraum nicht fühlbar, dagegen epigastrische Pulsation, Töne mittellaut und rein, zweiter Pulmonalton gering accentuiert. Herzaktion gering beschleunigt, Puls regelmässig, rhythmisch, klein und weich, leicht unterdrückbar.

Digestionsapparat: Abdomen aufgetrieben und gespannt, in der Lebergegend einzelne Partien der Haut etwas stärker

vorgewölbt, Spannung etwa drei Querfinger breit oberhalb des Nabels überall stärker als über den übrigen Partien, die Inguinaldrüsen beiderseits geschwellt. Die Leber reicht im rechten Lappen bis zwei Querfinger oberhalb des Nabels herab; der linke Lappen ist stark vergrössert und reicht fast bis in die linke Axillarlinie, der Leberrand ist hart und weist in der Nähe der Linea alba eine grössere Einkerbung auf. Die Leber selbst zeigt sich in beiden Lappen von zahlreichen derben bis handtellergrossen Knoten durchsetzt und fühlt sich in den angrenzenden Teilen ebenfalls hart und derb an, die ganze Leberregion, besonders in der Magengegend, ist stark druckempfindlich. Die Milz ist nicht vergrössert, im Abdomen ist freie Flüssigkeit nicht nachweisbar. Bei der Sondierung des Magens ergibt sich auf der Höhe von 42 cm für eine weiche 20 mm dicke Sonde ein unüberwindlicher Widerstand, für eine dünnere weiche Sonde ist der Ösophagus nach Überwindung eines geringen Widerstandes leicht durchgängig. Das ausgeheberte Probefrühstück ist fast völlig noch in seiner Menge vorhanden. Der durch Filtration gewonnene Magensaft ist frei von Salzsäure und zeigt geringe Mengen von Milchsäure. Ausser einzelnen Hefezellen, Leptothrixfäden und Stärkekörnern keinerlei mikroskopische Befunde ausser vereinzelten Plattenepithelzellen, Sarcine fehlen.

Urogenitalapparat: Ohne Besonderheiten, der Harn ist frei von Eiweiss und Zucker.

Nervensystem: Der Patellarreflex ist beiderseits herabgesetzt, der Cremasterreflex fehlt, Periost- und Sehnenreflexe der oberen Extremität eben auslösbar. Die Pupillen sind rund, gleich weit, reagieren auf Lichteinfall und Accomodation. Störungen in der Sensibilität und Motilität sind nicht vorhanden.

23. XI. bis 25. XI. T. 36,0—36,9 P. 76—84 R. 12—16.

Klinische Vorstellung am 25. XI.

Kleiner Patient von stark reduziertem Ernährungszustand, schlaffer Muskulatur. Haut sehr anämisch, blass, fühlt sich etwas trocken an; sichtbare Schleimhäute von äusserst geringem Blutgehalt; Fettpolster fast völlig geschwunden. Keine Drüsenanschwellungen, keine Knochenauftreibungen, kein Fieber, geringer Blutdruck.

Struma des rechten Lappens der Glandula thyreoidea.

Supraclaviculäre Lymphdrüsen deutlich, links stärker als rechts (Metastatische carcinomatöse Lymphdrüsen).

Stuhl bisher angehalten.

Respirationsapparat: Thorax lang, schmal, flach, besonders in den oberen Partien etwas rhachitisch deformiert; Claviculae stark vorspringend. Bei der Atmung werden beide Thoraxhälften gleichmässig, aber nur wenig erweitert.

Lungengrenzen: Links hinten in der Höhe des neunten Brustwirbeldornfortsatzes, bei der Atmung nicht verschieblich; rechts hinten in der Höhe des zehnten Brustwirbeldornfortsatzes, hier mässige respiratorische Verschieblichkeit; rechts vorn an der fünften Rippe, hier respiratorische Verschieblichkeit deutlicher. Über den beiden Spitzen Schallverkürzung, rechts deutlicher wie links, im übrigen sonorer Lungenschall. Allenthalben verschärftes, vesiculäres Atmen, über beiden Spitzen rauh, mit sehr bronchialem Hauch durchsetzt, verlängertes Exspirium in den unteren Partien beiderseits; hinten trocknes, spärliches Rasseln. Wenig Husten, spärlicher Auswurf.

Cirkulationsapparat: Herzdämpfung nach rechts bis zur Mitte des Sternums, nach oben bis zum untern Rand der vierten Rippe, nach links die Mammillarlinie nicht überragend. Spitzenstoss nicht fühlbar. Töne rein, die ersten leise, die zweiten durchweg betont. Herzaktion ruhig, regelmässig. Puls klein, weich, von mässiger Frequenz, regelmässig, rhythmisch.

Digestionsapparat: Zunge kaum belegt, Rachenschleimhaut blass, sonst ohne Besonderheiten, kein Foetor ex ore.

Abdomen aufgetrieben, in den Partien oberhalb des Nabels deutlich vermehrte Spannung.

Leber: Unterer Rand in der Mammillarlinie den Rippenbogen handbreit überragend, in der Medianlinie zwei Fingerbreit oberhalb des Nabels stehend. Linker Lappen gleichfalls stark vergrössert, reicht mit einem nach unten convexen Bogen in der linken Mammillarlinie fast bis zur horizontalen Nabellinie herab. Auch rechts weist der untere Leberrand deutliche Einkerbungen auf. In der rechten Regio epigastrica und hypochondriaca, ebenso wie unterhalb des linken Rippenbogens, offenbar miteinander zusammenhängend und bei der Atmung mit der Leber nach unten rückend, verschiedene nicht genau zu umgrenzende knollige Tumoren bis zu Hühnereigrösse, von derber Konsistenz. Auch die übrigen Leberpartieen, besonders der untere Rand und hier wieder vorzugsweise der untere Rand des linken Lappens, sind gleichfalls von beträchtlich vermehrter Konsistenz. Die ganze Lebergegend, besonders die linke Seite, ist stark druckempfindlich, ebenso auch, doch in geringerem Grade, das übrige Abdomen und die Magengegend. Im übrigen über dem Abdomen allenthalben tympanitischer Schall mit Ausnahme der Gegend des Colon ascendens, daselbst leichte Dämpfung (Kotmassen). Stuhl angehalten. Milz in allen Durchmessern vergrössert, 25: 13, in Seitenlage palbabel, besonders der vordere Rand in der vorderen Axillarlinie.

Urogenitalapparat: Urinentleerung ohne Beschwerden, der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker.

Nervensystem: Patellarreflexe nicht auslösbar, Pupillen mittelweit, prompt reagierend, auch die oberflächlichen Reflexe allenthalben herabgesetzt.

Diagnose: Carcinoma hepatis.

26. XI. T. 36,0 P. 86 R. 20 H. $\frac{3001}{1024}$ St. 1
36,2 84 20

Mit Sonde Nr. 20 gelangt man in der Höhe von 42 cm auf ein leicht zu überwindendes Hindernis und kommt dann leicht mit der Sonde in den Magen.

Magenaufblähung: Lebertumoren nach rückwärts gedrängt, so dass die Leber sich drei Finger breit zurückzieht. Der linke Lappen wird am wenigsten nach oben verschoben, dagegen der rechte gut zwei Finger breit bis an den Rippenbogen. Der linke Lappen scheint wenig verschieblich.

Der Harn ist frei von Eiweiss, Zucker und Gallenfarbstoff. Eine Untersuchung auf Tuberkelbacillen fällt negativ aus.

27. XI. T. 36,0 P. 96 R. 24 St. 3
36,0 104 28

Im Abdomen die gleichen Verhältnisse, doch erscheint der untere Leberrand wieder um etwa zwei Finger breit nach oben verlagert. Leib ziemlich stark meteoristisch, beträchtlicher Ascites, in Seitenlage fast bis zur Linea alba reichend.

28. XI. T. 36,0 P. 88 R. 16 H. $\frac{230}{1025}$
36,4 100 20

Gestern im Laufe des Nachmittags drei knollige krümlige Stühle. Untere Lebergrenze gegen gestern wieder um Fingerbreite herabgerückt. Meteorismus geringer.

29. XI. T. 36,0 P. 90 R. 16 H. $\frac{320}{1015}$ St. 1
36,4 100 16

Stand der unteren Lebergrenze wie gestern.

30. XI. T. 36,2 P. 104 R. 16 H. $\frac{470}{1022}$ St. 3

Subjektives Befinden unverändert.

Der untere Leberrand im allgemeinen in der gleichen Configuration wie anfangs zu palpieren, nur hat sich insofern eine Änderung ergeben, als derselbe im Bereich des rechten Lappens nunmehr gut drei Finger breit über der horizontalen Nabellinie steht. Der untere Rand des linken Lappens

erscheint gleichfalls höher gerückt, ist jedoch nicht mehr so deutlich zu palpieren wie anfangs. In der Substanz der Leber lassen sich nun mehr deutlich vier derbe, teils circumskripte, teils mit undeutlich zu verfolgenden Ausläufern versehene Tumoren abgrenzen. Abdomen im übrigen meteoristisch. Herzaktion erregt, doch regelmässig. Puls frequent, klein, weich, doch regelmässig, rhythmisch. Stuhl meist diarrhoisch, Appetit sehr herabgesetzt.

Nachtrag: Ausser dem erwähnten Verlauf des untern Leberrandes wird zeitweise bei tiefer Palpation auch noch an der Stelle, wo am 25. XI. die untere Lebergrenze verzeichnet war, eine leichte, tiefer gelegene Resistenz gefühlt, so dass es sich etwa empfiehlt, ein etagenartiges Ansteigen der verhärteten unteren Leberpartien anzunehmen.

1. XII. T. 36,7 P. 104 R. 16 H. — St. 1
36,4 90 16

2. XII. T. 36,0 P. 112 R. 16 H. $\frac{290}{1026}$

Zunehmender Kräfteverfall.

Untere Lebergrenze heute wieder bis zur horizontalen Nabellinie herabgerückt, im übrigen unverändert. Die Atmung hinten beiderseits in den oberen Partien verschärft in den unteren von der Spitze der Scapula abwärts bronchial rechts besonders laut; hier eine etwa drei Finger breite Zone gedämpften Schalles, keine respiratorische Verschieblichkeit. Im Bereich dieser Zone abgeschwächter Pectoralfremitus, geringe Bronchophonie. Rechts hinten unten noch geringe respiratorische Verschieblichkeit.

3. XII. T. 36,1 P. 100 R. 16 H. $\frac{360}{1026}$ St. 1
36,5 100 20

Nach Entleerung einiger fester Kotballen am Morgen erscheint die untere Lebergrenze wieder zwei Finger breit oberhalb der horizontalen Nabellinie stehend. Unterer Rand, sowie Configuration der einzelnen Tumorknollen unverändert.

Milztumor unverändert gross, ebenso Ascites. Druckempfindlichkeit der Leber hat etwas zugenommen, bei Palpation des unteren Abdomens lautes Kollern zu fühlen und zu hören. Puls sehr klein und weich, frequent, doch regelmässig. Nachmittags ein grünschwärzlicher fester Stuhl.

4. XII.	T. 36,4	P. 92	R. 16	St. 1	
	36,5	92	16		
5. XII.	T. 36,2	P. 80	R. 24		
	36,3	92	20		

Gestern Nachmittag wiederum ein schwärzlicher geformter Stuhl (Teichmann'sche Krystalle). Leichtes Ödem des linken Handrückens. Configuration der Tumoren im allgemeinen unverändert, doch scheint der linksseitige Haupttumor im Wachsen begriffen zu sein. Der untere Leberrand ist in der Höhe der horizontalen Nabellinie in der Tiefe zu fühlen; von hier fast den ganzen vorderen unteren Umfang der Leber einnehmend, etagenartig aus der Tiefe ansteigende, randartige derbe Resistenzen am deutlichsten heute etwa zwei Finger breit oberhalb der horizontalen Nabellinie, hier mit deutlichen Einkerbungen versehen. Die genannten randartigen Resistenzen wurden anfangs für den unteren Leberrand selbst gehalten. Die Resistenzen und Tumoren zeigen rechts von der Medianlinie eine deutlichere Mitbewegung mit der Atmung (nach oben) wie links von derselben. Druckempfindlichkeit des Leibes hat in den letzten Tagen etwas zugenommen. Subjektiv wird über zunehmende Mattigkeit geklagt, Appetit wechselnd, manchmal besteht noch Esslust, während drückendes Gefühl in der Magengegend die weitere Nahrungsaufnahme verhindert.

6. XII.	T. 36,5	P. 96	R. 16	St. 1	
	36,0	120	20		

Abdominalbefund unverändert.

Lungenbefund: Links hinten eine gedämpfte Zone

zwischen Angulus scapulae und oberer Grenze der Milzdämpfung, im Bereich derselben bronchiales Atmen. Rechts hinten Schallverkürzung weniger ausgesprochen, doch gleichfalls bronchiales Atmen mit deutlichem, grossblasigem, klingendem Rasseln, das bei längerer Auskultation an Intensität verliert. Nachmittags spontan ein Stuhl von derselben Beschaffenheit wie am 3. XII.

7. XII. T. 36,0 P. 120 R. 26 H. $\frac{360}{1022}$
36,2 128 20

Meteorismus geringer. Im allgemeinen der gleiche Befund, auch bezüglich der Lungen, doch macht sich zunehmender Kräfteverfall bemerkbar, zuweilen Spuren von Benommenheit.

8. XII. T. 36,6 P. 100 R. 20 H. $\frac{380}{1021}$ St. 1

Heute Morgen ein acholischer Stuhl, Meteorismus geringer, Schmerzen in der Leber- und Magengegend sowohl spontan, als besonders bei Druck auf die Organe, bestehen in gleicher Weise fort. Configuration der Tumoren wie bisher, doch scheint der linke Haupttumor zu wachsen, auch zeigen sich deutliche resistente Brücken, mit denen die Tumoren untereinander zusammenhängen.

Der scharfe eingekerbte untere Leberrand ist heute, nachdem der Leib weniger meteoristisch, etwa gut zwei Finger breit unterhalb der horizontalen Nabellinie deutlich zu fühlen. Von hier aus auch das schon erwähnte etagenförmige Ansteigen der Resistenzen heute deutlich zu fühlen. Milztumor unverändert, marantisches Ödem des linken Handrückens etwas zurückgegangen. Hämoglobingehalt von 55 auf 48% gesunken. Appetit gering.

9. XII. T. 36,2 P. 120 R. 24 H. $\frac{200}{1025}$ St. 1
36,0 96 20

10. XII. T. 36,0 P. 104 R. 18 H. $\frac{240}{1025}$
36,1 100 20

Bei zunehmendem Kräfteverfall und zunehmender Abmagerung ist dem bald geringeren, bald stärkeren Meteorismus entsprechend der Leberrand bald mehr, bald weniger deutlich, bald oberhalb, bald bis drei Finger breit unterhalb der horizontalen Nabellinie zu fühlen Die Tumoren bleiben stets gleich deutlich, scheinen aber an Grösse langsam zuzunehmen. Ihre Oberfläche selbst erscheint wieder grobhöckrig, Druckempfindlichkeit nimmt zu, der Ascites ist etwas geringer geworden, Stuhl acholisch.

11. XII. T. 36,2 P. 100 R. 16 H. 260 St. 1
36,0 116 20

Dämpfung links hinten unten etwas tympanitisch klingend, ihr oberer Rand beim Atmen etwas verschieblich, Bronchialatmen unverändert.

12. XII. T. 36,0 P. 100 R. 24 H. — St. 1
36,2 84 18

Metastatische Drüsenschwellung in den Supraclaviculargruben.

13. XII. T. 36,1 P. 108 R. 24 H. — St. 1
36,2 84 20

14. XII. T. 36,4 P. 108 R. 16 H. $\frac{200}{1022}$ St. 1
36,0 92 18

Stühle spontan, geformt von teils graugelber, teils graubrauner Färbung.

15. XII. T. 36,0 P. 96 R. 18 H. — St. 1
36,7 100 20

16. XII. T. 36,0 P. 96 R. 20 H. — St. 1
37,3 104 24

Die Reaktion des Harns war während der ganzen Zeit sauer, ebenso war er frei von Eiweiss, Zucker und Gallenfarbstoff.

17. XII. T. 38,2 P. 134 R. 26 H. $\frac{100}{1022}$

Reaktion des Harns sauer, Spuren von Eiweiss (Sedimentum lateritium).

Während der Nacht mit Morphium ruhig, am Morgen äusserster Kräfteverfall, starker Meteorismus, starke diffuse Druckempfindlichkeit des Abdomens. Puls fadenförmig, flatternd, unregelmässig, äusserst frequent. Reizmittel vermögen die gesunkene Herzkraft nicht mehr zu heben.

12½ Uhr beginnende Agonie.

1 Uhr Mittag Exitus letalis.

Sektionsbericht: Körpergewicht 47 kg. Körperlänge 157 cm. Hochgradig abgemagerter Körper, Haut sehr blass, Fettpolster und Muskulatur hochgradig atrophisch, Bulbi sehr stark eingesunken, Pupillen weit, Thorax von geringer Breite und Tiefe, rechts weniger voluminös als links, Bauchdecken deutlich fluktuierend. In der Bauchhöhle ca. 1½ l schmutzig-gelb-rötlicher hämorrhagischer Flüssigkeit. Zwerchfellstand rechts vierte, links fünfte Rippe, Leber überragt gut vier Finger breit den Schwertfortsatz und den Rippenbogen.

Der Magen steht etwas senkrecht zur Wirbelsäule und zeigt in der Gegend der kleinen Curvatur stark wulstige, derb anzufühlende Verdickungen; Magen halbhandtellergross vorliegend, Quercolon steht in Nabelhöhe. Die Rippenknorpel schneiden sich derb, der Herzbeutel liegt halbhandtellergross vor, die Lungen berühren sich in der Medianlinie. Im vorderen Mediastinum grössere Pakete krebsig geschwellter Lymphdrüsen. Im linken Pleurasack etwa 1¼ l einer serösblutig tingierten Flüssigkeit, die linke Lunge an der Spitze ziemlich stark verwachsen; im rechten Pleurasack 1 l einer ähnlich beschaffenen Flüssigkeit, die rechte Lunge an der Spitze ziemlich stark verwachsen, im übrigen frei. Im Herzbeutel einige Esslöffel seröser Flüssigkeit, die Vorhöfe fast vollständig leer.

Die linke Lunge ist von geringem Umfang, im Unterlappen stark collabiert und von schmutzig-schiefriger Farbe. An der Spitze bindegewebige Auflagerungen mit einer leicht schiefrigen Induration. Der Oberlappen ist vollständig blutleer, der Luftgehalt vermindert, das Gewebe trocken, von trüb-grauer Farbe. Der Unterlappen ist etwas blutreicher, von schwarz-bräunlicher Farbe; der Luftgehalt in den unteren Partieen vollständig aufgehoben, offenbar in folge von Kompression. Einzelne Stückchen sinken im Wasser unter. In den grösseren Bronchien etwas schleimiger Inhalt, die Intima der Gefässe ist blutig imbibiert.

Die rechte Lunge verhält sich ähnlich wie die linke. An der Spitze bindegewebige Auflagerungen. Unter der Pleura einzelne käsige Herde. Oberlappen wie links, ist etwas lufthaltig, blutleer. Unterlappen ähnlich wie der linke, in den hinteren Partieen atelektatisch verdichtet.

Das Herz ist in allen Durchmessern stark verkleinert, mit einzelnen milchigen Sehnenflecken. Die Klappen sind schlussfähig. Die Herzhöhlen sind vollständig leer, das Endocard blutig imbibiert, die Wandung stark atrophisch. Höhe des rechten Ventrikel 7,5, Pulmonalumfang 6,6, Dicke 0,3. Der linke Ventrikel ist sehr eng, Endocard und Intima blutig imbibiert. Wandung dünn, welk, atrophisch. Höhe des linken Ventrikel 6,5, Aortenumfang 6,8, Dicke 0,8.

Die Milz ist in allen Durchmessern verkleinert. Die Kapsel leicht gerunzelt, das Gewebe von gehöriger Konsistenz. Das Parenchym blass — bräunlich, blutleer.

Die Leber ist im Verhältnis zu den übrigen Organen erheblich vergrössert. Namentlich die peripheren Teile sind von reichlich kirsch- bis hühnereigrossen Knoten durchsetzt, besonders der linke Lappen. Im übrigen ist das Parenchym ziemlich blass und schneidet sich etwas derber als normal. Die Farbe des Parenchyms ist trübgrau, die acinöse Zeichnung

verwaschen. Die grossen Knoten schneiden sich ziemlich derb und sind auf der Schnittfläche von teilweise markiger Beschaffenheit, beim Darüberstreifen lässt sich reichlich dickflüssiger Saft abstreifen. Bei Druck zeigt sich eine reichliche Menge einer rahmigen Flüssigkeit. Ebenso verhalten sich die Knoten im rechten Lappen, die starke centrale Einschmelzung zeigen. In der Gallenblase wenig schwärzlichgelbliche Galle. Der Magen ist mit seiner Umgebung durch sekundäre Krebswucherungen vielfach verbunden. Im Magen findet sich eine mässige Menge schmutziger, blutgemischter Flüssigkeit. Die Wand des Magens ist, offenbar ausgehend von der kleinen Curvatur, zum grösstenteile durch krebsige Wucherungen verdickt, so dass nur geringe Partieen des Pylorus noch annähernd normales Verhalten zeigen. Die Ränder sind mässig gewulstet, der grössere Teil prominiert $^1/_2$ bis 1 cm über das Niveau der übrigen Schleimhaut. In der Nähe der Cardia eine leichte Verengerung. In der Gegend der kleinen Curvatur, die stark verkürzt ist, ein ca. zwei Finger breiter Substanzverlust, vollständig abgeweidet. Beim Einschneiden erweist die krebsige Infiltration in der Gegend der kleinen Curvatur eine Dicke von 2 bis 3 cm. Die Magenwand ist vollständig vom Krebs eingeschmolzen. Die epigastrischen Lymphdrüsen, besonders in der Nähe des Pylorus, sind ein Paket von über Hühnereigrösse, ihre Schnittfläche ist von weisslicher Farbe, beim Darüberstreifen erhält man eine schmierige, dickflüssige Masse. Die retroperitonealen Drüsen auf der Vorderfläche der Lendenwirbelsäule bilden ein mächtiges Paket. Die einzelnen Drüsen haben über Taubeneigrösse, sind von markiger Konsistenz und von ähnlicher Beschaffenheit wie die Knoten in der Leber. Die unteren Halslymphdrüsen oberhalb der linken Clavicula bilden ein halbhühnereigrosses Paket, sie schneiden sich weich. In ähnlicher Weise ver-

halten sich die Drüsen im vorderen und oberen Mediastinum, die ebenfalls, bis zur Taubeneigrösse geschwellt, auf der Schnittfläche markig infiltriert sind. Die Trachea ist an dieser Stelle nicht komprimiert.

Die Nieren sind von mässigem Umfang, schneiden sich etwas derb, Kapsel leicht adhärent, Oberfläche glatt, Parenchym sehr blass, Rinde und Mark ziemlich gut geschieden, Rinde etwas verschmälert. Die rechte Niere ist etwas verkleinert, die linke verhält sich in jeder Richtung ähnlich, ist jedoch etwas voluminöser. Auch die mesenterialen Drüsen zeigen mässige Schwellung, auf der Schnittfläche markige Infiltrationen offenbar krebsigen Ursprunges.

Anatomische Diagnose.

Carcinom des Magens und zwar besonders der kleinen Curvatur mit Ausbreitung über den grösseren Teil der Magenwandung, sekundäre Carcinose sämtlicher intraabdominaler, mediastinaler und der unteren Halslymphdrüsen, sekundäre Carcinose der Leber. Hämorrhagischer Ascites, doppelseitiger hämorrhagischer Hydrothorax, hochgradige allgemeine Anämie, Atelectase der unteren und hinteren Lungenabschnitte.

Epicrisis: Das Ergebnis der Sektion ist, wenn man es mit den in der Klinik gemachten Beobachtungen vergleicht, ein überraschendes zu nennen. Denn dass ein Magencarcinom, das fast die ganze Magenwand infiltriert hat, so wenig Symptome macht, dürfte wohl zu den Seltenheiten gehören.

Noch am 25. XI. 1901 wurde die Diagnose auf Lebercarcinom gestellt, und auch in den darauf folgenden drei Wochen, in denen der Kranke in der Klinik sehr genau beobachtet wurde, waren die Erscheinungen sehr geringe. Deutlich traten nur zu Tage die Erscheinungen, die bei jeder Krebscachexie aufzutreten pflegen, Abmagerung, Appetit-

mangel, Knöchelödem, spärlicher Harn, sowie die Erscheinungen an der Leber, während am Magen selbst die Aufblähung nichts Charakteristisches ergab. Trotzdem musste sich der Verdacht von vornherein darauf richten, dass hier nicht ein primäres Lebercarcinom vorläge, sondern dass die Erscheinungen an der Leber wohl nur die Folge der primären Krebserkrankung eines anderen Organs seien.

Gegen primäres Lebercarcinom sprach schon die Seltenheit dieser Affektion, sowie der Palpationsbefund an der Leber. Bei primärem Carcinom der Leber findet sich gewöhnlich nur ein grosser Knoten, zuweilen neben einigen kleineren, während in unserem Falle auf der Oberfläche der Leber mehrere grosse Knoten zu fühlen waren.

Um ein sekundäres Carcinom zu diagnostizieren, musste man allerdings Anhaltspunkte für ein primäres in einem anderen Organ haben. Einen solchen Anhaltspunkt bot nur die Sondierung des Magens, bei der auf der Höhe von 42 cm ein leichter Widerstand gefunden wurde. Andere Symptome, die für den primären Sitz der Erkrankung am Magen hätten sprechen können, boten sich anfangs nicht dar. Es fand sich wohl eine Geschwulst im Epigastrium, doch war dieselbe als zur Leber gehörig zu bezeichnen, da sie einerseits mit der Respiration verschieblich war, andererseits die Perkussion eine Ausdehnung der Leber über diese Geschwulst hinaus ergab. Infolge dieser Lebervergrösserung war es natürlich nicht möglich, eine Geschwulst am Magen festzustellen. Auch ein anderes Symptom, das in den meisten Fällen von Magencarcinom, nach den Berechnungen von Lebert und Brinton in 70—80% aller Fälle aufzutreten pflegt, das Erbrechen, ist bei unserem Patienten ausgeblieben. Während in vielen Fällen es häufig gerade das Erbrechen ist, das den Patienten zuerst auf sein Leiden aufmerksam macht und ihn zum Arzte führt, fehlt es in anderen

Fällen wiederum vollkommen. Auch in dem Fall von Lenthe, der dem vorliegenden Falle am nächsten kommt, ist während der ganzen Dauer der Erkrankung niemals Erbrechen aufgetreten. Das Ausbleiben dieses Symptoms wird damit erklärt, dass die Ostien des Magens von der Erkrankung nicht befallen sind. Auch bei unserem Patienten ist der Pylorus vollständig frei, und an der Cardia findet sich nur eine sehr geringe Verengerung, während der Sitz des Krebses vorzugsweise die Magenwand ist. Obwohl dadurch dem Ein- und Austreten der Speisen kein Hindernis entgegenstand, bleibt es trotzdem erstaunlich, dass der Magen bei der grossen Ausdehnung der krebsigen Infiltration über seine Wände noch im stande war, die Speisen in gehöriger Weise weiter zu befördern.

An der kleinen Curvatur des Magens fand sich bei der Sektion ein vollständig abgeweideter Herd. Hier, wo die Erkrankung am weitesten fortgeschritten ist, ist wohl der primäre Sitz des Krebses anzunehmen.

Zum Schluss sei es mir noch gestattet, Herrn Professor Dr. v. Bauer für die gütige Übernahme des Referats, sowie Herrn Privatdocenten Dr. Sittmann für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser wurde am 24. März 1879 zu Breslau geboren. Besuchte von Ostern 1888 ab das Johannes-Gymnasium zu Breslau, das er Ostern 1897 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Darauf bezog er die Universitäten München, Breslau und Heidelberg. Zu Anfang des Sommersemesters 1900 kehrte er nach München zurück, wo er den Rest seiner Studienzeit verblieb und am 18. Februar 1902 das Staatsexamen beendete.